

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

Etude Clinique et Diagnostic du Cancer du Coecum

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Février 1937

PAR

GOMULINSKI Alexandre

Né le 30 Juin 1911, à Czeszów (Pologne)

POUR OBTENIR le DIPLOME de DOCTEUR de L'UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

(Mention : Médecine)

JURY

MM. VIRES, Professeur, Président.
MASSABUAU, Professeur.
BAUMEL, Agrégé.
BOUX, Agrégé.

ASSESSEURS

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC
DU CANCER OU CŒCUM

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

Etude Clinique et Diagnostic du Cancer du Coecum

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Février 1937

PAR

GOMULINSKI Alexandre

Né le 30 Juin 1911, à Czesłocsevvu (Pologne)

POUR OBTENIR le DIPLOME de DOCTEUR de L'UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

(Mention : Médecine)

JURY

MM. VIRES, Professeur, Président.

MASSABUAU, Professeur.

BAUMEL, Agrégé.

ROUX, Agrégé.

ASSESSANTS

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELT
 LISBONNE,
 BOSC
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 GAUSSEL
 GIRAUD
 VIRES, ass.
 RIMBAUD
 MASSABUAU
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 LEENHARDT
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 VILLARD
 TERRACOL
 CABANNES
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Matière médicale (Ch. de c.)
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

Honorariat

Professeurs honoraires :

J MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
 FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Clinique phthisiologique
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Stomatologie.....

MM. PAGES
 AIMES
 SOUBEIRAN, ag. libre.
 COLL DE CARREI.
 GAUSSEL, prof.
 BAUMEL
 JANBON
 D^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie

MM. AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX

Médecine

MM. BOULET
 PAGES
 JANBON
 BAUMEL
 VIDAL
 RIMBAUD
 COLL DE CARRERA
 CARRERE
 DEJEAN

Obstétrique

Bactériologie

Ophtalmologie.....

Examineurs de la Thèse

MM. VIRES, Prof. président.
 MASSABUAU, Professeur.

MM. BAUMEL, Agrégé.
 ROUX, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MES PARENTS

*Une preuve modeste d'amour filial,
et de reconnaissance, pour l'affection
dont ils m'ont entouré et les sacrifices
qu'ils ont faits pour moi.*

A MA SŒUR

Témoignage de tendre affection.

A MA TANTE

Toute ma gratitude.

MEIS ET AMICIS

A. G.



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

*Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Officier de la Légion d'Honneur*

*En témoignage de très respectueuse
gratitude pour l'honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MON JURY DE THESE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BAUMEL

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Montpellier
Chevalier de la Légion d'Honneur
Inspirateur de ce travail*

*Qu'il nous permette de lui exprimer
toute notre gratitude pour l'intérêt
qu'il a pris à ce travail et pour l'aide
et les conseils qu'il a bien voulu nous
prodiguer.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Avant-Propos

Le cancer augmente de fréquence : c'est une constatation que confirment tous les cliniciens de grande expérience.

D'autre part, depuis la guerre, sous l'influence d'espairs thérapeutiques nouveaux-nés de l'utilisation des rayons X et du radium, la question du cancer, qui par la stérilité des résultats, avait en quelque sorte lassé les chercheurs, s'est vue réanimer par un souffle puissant de vitalité et a été l'objet d'un immense effort de l'esprit humain.

Vivant dans cette ambiance, il n'est pas une intelligence médicale qui ne se soit, ces dernières années, spécialement intéressée à ce problème. C'est pour cette raison que nous l'avons choisi comme sujet de notre thèse.

Parmi tous les moyens dont nous disposons actuellement, la chirurgie représente le traitement essentiel du cancer. S'il était possible à la chirurgie d'opérer à temps, on pourrait escompter des guérisons réelles et nombreuses. Une opération faite dès le début d'un cancer a toutes les chances de réussir. Malheureusement combien rares sont les cancer vus par le chirurgien à cette date ! Il est donc de toute importance d'insister à notre tour sur les bienfaits des examens précoces.

Mais c'est au praticien, en particulier, qu'incombe la responsabilité de négliger les symptômes fonctionnels vagues d'un début de cancer. Des deux erreurs suivantes : méconnaître un cancer en croyant à une lésion banale ou prendre une lésion banale pour un cancer, la première est infiniment plus grave et, malheureusement, plus fréquente. Un praticien doit toujours penser à la possibilité d'un cancer en présence des signes, certes, assez vagues du début et persistants d'une façon opiniâtre chez un sujet âgé. Il faut les avoir bien fixé dans l'esprit.

Et combien vrais sont les mots de Quénu : « La thérapeutique du cancer du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc ; il convient de l'étudier par segments ». Malgré les apparences communes il y a des différences dans les symptomatologies des cancers à localisations diverses.

Dans notre modeste travail nous avons entrepris la description d'un tableau clinique du cancer du cœcum en tâchant de souligner la symptomatologie du début. Nous avons passé ensuite en revue toutes les lésions, cœcales ou non, pouvant représenter une cause d'erreur de diagnostic.

Considérations Générales

A. — HISTORIQUE :

Quelques rares observations apparues à la fin du dernier siècle ouvrent le chapitre du cancer du cœcum. Mais leur intérêt est d'ordre purement historique, car le tableau clinique du cancer du cœcum étant mal connu à cette époque par les cliniciens, le diagnostic n'était posé qu'au cours des autopsies. En 1879, KRAUSSOLD exécute la première opération de résection, d'ailleurs tragiquement terminée. CZERNY, WHITEHEAD et BILLROTH le suivent sans plus de succès. A partir de ce moment, les travaux se multiplient. CHEVANNAZ, dans sa thèse de 1894-95, accentue l'individualité du cancer du cœcum. La même année nous apporte trois thèses de BAILLET, d'ARTUS et de VIENNE. . .

Certaines complications du cancer du cœcum s'imposent à l'observation des cliniciens : LEJARS, en 1897, dans la Revue de Gynécologie décrit l'invagination. FABRE, en 1898, expose dans sa thèse, la question du cancer du cœcum et d'appendicite. MACHARD et LARDENNOIS, dans leurs thèses de 1899, consacrées au traitement du cancer du cœcum, apportent une riche documentation par les nombreuses observations. En 1900 apparaissent les travaux

de DE BOVIS, de BAER, de ZIMMERMANN, qui traitent les cancers intestinaux, mais le cancer du cœcum n'y occupe pas la place à part qu'il mérite. Les mots : « La thérapeutique du cancer du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc ; il convient de l'étudier par segments », qu'a prononcé QUÉNU en 1901 à la séance de la Société de Chirurgie, ouvrent une période où le cancer du cœcum commence à prendre dans la littérature le relief qu'il mérite. Les travaux du MAYO, apparus en 1901 et 1902 dans le *Journal of the American Association*, traitent uniquement et complètement du cancer du cœcum. Les rapports de SAULIGOUX, de DURET, dans les Congrès de 1900 et 1901, les observations apportées par QUÉNU et HARTMANN à la Société de Chirurgie, représentent une mise au point de cette question. En 1903, BLANCHARD, de Montpellier, étudie dans sa thèse, les indications opératoires. Puis succède une série de travaux dans lesquels le cancer du cœcum est à nouveau perdu dans l'exposé général du cancer du côlon ; ce sont différentes publications allemandes et quelques thèses de Lyon : de CAVAILLON (1905), de COSTE (1906), de JAUFRAY et VIALLET (1907). Une bonne mise au point est donnée par la thèse montpelliéraine de CAZE en 1906. Plus récemment, A. MATHIEU, dans ses leçons (1911), CUGNIER, dans sa thèse (1912), CARNOT et DUMONT, en 1913, CRAIG et MAC CARTY (1923), CLÉRICI (1930), PAUCHET (1930), consacrent au cancer du cœcum une étude particulière.

B) ETIOLOGIE :

En état actuel d'étude sur le cancer en général, il est difficile de se prononcer sur l'étiologie du cancer du cœcum. On accuse l'hérédité en se basant sur les statistiques d'après lesquelles on a observé le cancer à même localisation chez les divers membres d'une même famille.

(DESMAREST cite 2 cas du cancer du cœcum rencontrés successivement chez une femme et son frère). On accuse encore, comme cause favorisante, la constipation chronique par sa tendance à irriter la muqueuse du cœcum ; mais, quoique la femme, comme on sait, est plus sujette à la constipation, c'est l'homme qui, d'après les statistiques, est plus souvent atteint du cancer du cœcum. On cite les observations, dans lesquelles les inflammations, tels que l'appendicite et la dysenterie, précédaient l'apparition du cancer du cœcum. On évoque aussi le traumatisme. Un seul facteur, dont le rôle dans l'apparition du cancer intestinal semble indiscutable, est la tumeur bénigne secondairement cancérisée. Les travaux de QUÉNU et LANDEL, de LEVEUF et de Mlle ODRU, de BENSAUD, CAIN et HILLEMAND, la thèse récente d'AUGIER, et des autres confirment les rapports entre la polypose et le cancer. En effet, fréquents sont les cas des polypes latents révélés par une opération, et la coexistence d'un cancer et des polypes isolés. Ce qui est certain, c'est que les polypes peuvent dégénérer et SCHMIEDEN dit avoir observé tous les intermédiaires entre le type de polypes muqueux sans dégénérescence et le cancer.

C) FRÉQUENCE :

1° Suivant la localisation : Le cancer du cœcum est après celui de l'S iliaque la tumeur maligne la plus fréquente du gros intestin. D'après de BOVIS, il entre pour 24,2 % dans la totalité des cancers des côlons. DESMAREST, réunissant 17 statistiques traitant ensemble 1146 cas de cancers intestinaux, trouve 205 cancers du cœcum (17,88 pour cent). BROWN nous apporte dans sa statistique 22 cas de cancer du cœcum sur 171 cancers coliques.

Sur 50 cas de cancers du côlon droit rapportés par GOSSET, il y a 10 cas de cancer purement cœcal, 2 cancers

de la valvule iléo-cœcale, 2 cancers du cœcum avec envahissement valvulaire et 7 cancers cœcaux étendus au côlon ascendant.

2° Suivant sexe et âge : D'après certains auteurs la prédominance du sexe masculin est énorme. Dans la statistique de DESMAREST nous trouvons sur 151 cas du cancer du cœcum 107 malades du sexe masculin et 44 du sexe féminin. La même proportion est observée par de BOVIS, OKINCZYK, RANKIN, CRAIG, MAC CARTY et les autres. Pourtant BERTRAND n'a noté qu'une faible prédominance du sexe masculin et d'après les observations de GOSSET les deux sexes sont frappés dans une proportion égale. Le cancer du cœcum apparaît le plus souvent entre 35 et 50 ans. Fréquents sont néanmoins les cas où des sujets très jeunes sont atteints (observation d'EVING, STAEMMLER, celle de LAROYENNE et MESTRALLET). Fait intéressant : ces derniers cas se recrutent presque exclusivement parmi le sexe féminin.

D. — CARACTÈRES MACROSCOPIQUES :

1° Sièges de la tumeur : La localisation la plus fréquente (dans les 2/3 des cas communs) est la valvule de BAUHIN, sa façade cœcale surtout. Comme localisations purement cœcales c'est la face postérieure qui est le plus souvent atteinte.

2° Aspect extérieur du cœcum cancéreux : C'est une masse arrondie, scléro-lipomateuse, pouvant varier de la grosseur du poing à celle d'une tête fœtale, englobant l'appendice. La portion terminale de l'ileon, du fait de la rétraction intestinale, peut se placer dans l'axe du côlon et sembler se perdre dans une masse dure, infiltrée de graisse. Plus tard l'inflammation, par les brides et les adhérences qui l'accompagnent, peut, à elle seule, provo-

quer la fixité du cancer, avant même l'extension néoplasique d'où les différences de mobilité des cancers au début.

3° Aspect du cancer à l'ouverture du cœcum : On distingue les cancers latéraux et circulaires. *Cancer latéral* : caractérisé par la localisation de la tumeur en un point assez bien limité, qui est presque exclusivement la valvule. Il se développe soit sur la face iléale (cancer iléo-valvulaire), soit sur la face cœcale (cancer cœco-valvulaire). Ce dernier, qui seul nous intéresse d'ailleurs, envahit le cœcum sous forme d'un vaste champignon qui obstrue la plus grande partie de la lumière intestinale. *Cancer circulaire* : se présente sous forme d'une tumeur bourgeonnante ou ulcéro-végétante plus ou moins volumineuse, envahissant tout le cœcum, qui est son point de départ.

4° Lésions accessoires : *En amont de la lésion* : l'iléon est souvent distendu par les gaz et la stagnation des matières ; sa musculature s'hypertrophie pour lutter contre l'obstacle, d'où son aspect du gros intestin. *En aval* : le côlon ascendant est souvent épaissi, cartonné et œdématisé. Il peut présenter des ulcérations

E. — CARACTÈRES MICROSCOPIQUES :

Le cancer du cœcum est presque toujours un épithélioma qui se présente sous trois types : l'adénocarcinome (pseudo-glandulaire) ; le carcinome vrai (boyaux pleins) ; le carcinome colloïde (alvéolaire à contenu muqueux). Les sarcomes sont rares.

F. — EVOLUTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

1° *Extension locale* : Le cancer primitivement coecal devient à la longue un cancer iléo-cœcal ou cœco-ascen-

dant. A mesure que les parois intestinales s'infiltrent par le cancer il s'effectue une péritonite locale adhésive, processus de défense, qui, ainsi que les adhérences d'origine néoplasique, fixent la tumeur aux plans profonds. Ainsi disparaît la grande mobilité primitive du cancer du cœcum. Grâce à ces adhérences le cœcum peut se fixer au péritoine pariétal postérieur ou antérieur ; dans cette dernière possibilité il peut s'établir, par un processus ulcéreux, une fistule stercorale (cas assez rare). La fixation d'un cœcum cancéreux peut s'effectuer aussi à une anse grêle voisine ou à la vessie. Hors ces adhérences, l'infection entraîne fréquemment, dans les cas plus sévères, la formation d'abcès, le plus souvent rétro-cœcaux, parfois pré ou latéro-coecaux (thèse de JOUFFRAY).

2° *Retentissement ganglionnaire* : Le cancer cœcal se propage par trois groupes de vaisseaux lymphatiques (cœcal antérieur, postérieur et appendiculaire) pour arriver à un carrefour important : les ganglions de l'angle iléo-cœcal, le plus constamment atteint. De là l'envahissement peut porter sur les ganglions satellites des gros troncs artériels coliques et enfin sur les ganglions pré-aortiques. Ces ganglions cancérisés, durs et parfois volumineux, contribuent à augmenter la masse tumorale. Mais l'origine cancéreuse de ces adénopathies n'est pas constante : étant donné l'infection habituelle d'un cancer du cœcum, l'hypertrophie des ganglions voisins peut n'être qu'inflammatoire. Plusieurs travaux confirment ce fait (CUMSTON, TIXIER, DESMAREST) : Une notion d'une importance opératoire majeure, est prouvée, c'est que le cancer du cœcum reste longtemps local et que l'envahissement ganglionnaire n'est que très tardif. (BILTON POLLARD).

3° *Généralisation* : Envahissement péritonéal avec ascite hémorragique, ascension jusqu'au diaphragme et une pleu-

résie consécutive ne sont pas rares. On a noté même une métastase rectale (HOCHENEGG). Le poumon paraît être l'organe le plus fréquemment atteint. Mais les cas pareils s'observent rarement ; le malade meurt avant qu'ils ne se produisent.

Tableau Clinique

I. — SYMPTOMES

A. DÉBUT.

C'est cette période qui doit être le mieux étudiée et ses symptômes bien mis en relief, pour orienter l'esprit du médecin praticien vers la possibilité d'un cancer intestinal devant les signes peu importants à ce stade du mal. Des phénomènes douloureux vagues et quelques troubles de la fonction intestinale, apparues chez un sujet ayant dépassé 40 ans, et leur persistance opiniâtre, doivent réveiller les soupçons et exiger un examen détaillé. En effet, même à cette phase du début, appelée à tort période latente, on peut retrouver des nombreux signes fonctionnels, qui permettent par une analyse approfondie d'orienter le diagnostic vers le cancer de l'intestin. Une chose est troublante, c'est que les formes cliniques du début sont très multiples et variables et leur schématisation presque impossible. De plus, certains symptômes ne traduisent souvent que des réactions coliques banales, réactions que l'intestin oppose à une lésion irritative ou à un trouble mécanique quelconque. Cependant, de toutes ces

données confuses, un tableau se dégage, il faut l'avouer, très restreint, et basé sur des signes peu caractéristiques.

1° SIGNES FONCTIONNELS :

a) Douleurs. *Caractères* : Ce sont, au commencement, des sensations vagues et passagères d'une plénitude douloureuse dans le côté droit de l'abdomen. Revêtant plus rarement une forme de coliques, peu vives d'ailleurs et n'excédant pas quelques minutes, ces douleurs ne retiennent pas l'attention du malade qui, si le cancer évolue lentement, finit par s'habituer à la longue. Au cours d'évolution, ces crises de douleurs devenant plus aiguës, restent toutefois encore entrecoupées par des périodes d'accalmie complète durant des mois et même des années.

Siège : à cette période précoce, la douleur est diffuse, erratique. C'est à la longue qu'elle devient fixe, évoquant l'existence d'une tumeur cœcale. Son foyer principal est le point de Mac Burney ; il faut noter, néanmoins, la fréquence des douleurs de la région ombilicale ou péri-ombilicale ou dans le flanc droit.

Irradiations : ces douleurs s'irradient tantôt vers la cuisse droite, tantôt, plus rarement, vers la région lombaire et même vers la base du thorax en demi-ceinture.

b) Dyspepsie. — Le cancer du cœcum revêt très fréquemment à son début la symptomatologie pseudo-gastrique. Ce fait souligné déjà par de BOVIS, KÆNIG (« dyspepsie stercorale ») et les autres, détourne souvent l'esprit du médecin du vrai diagnostic et fait perdre le précieux temps de cette période, sur un traitement inutile des troubles gastriques. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que ces symptômes sont très précoces et précèdent même souvent l'apparition des douleurs, représentant ainsi les uniques symptômes de la maladie. Le malade se

plaint d'inappétence, de digestion difficile et de nausées ; les vomissements alimentaires ou bilieux ne sont pas rares.

c) Troubles intestinaux. — Tantôt c'est la constipation, tantôt la diarrhée qui entre la première en scène. Cette dernière, malheureusement beaucoup plus rare, constitue un signe précieux pour le diagnostic, par opposition aux signes décrits précédemment, qui ne présentent rien de caractéristique. En effet, apparaissant sans cause connue chez un sujet âgé, une diarrhée continue, chronique, traînante, paraîtra sans doute inquiétante, surtout si les selles jusque là étaient normales. Mais ces cas sont rares au début : la diarrhée, si elle apparaît, n'est pas très tenace, ni abondante, s'amende un jour et passe ainsi souvent inaperçue. Beaucoup plus souvent, c'est la constipation qui apparaît la première : durant deux ou trois jours, elle se termine habituellement par l'émission de matières molles, presque diarrhéiques, accompagnée de douleurs dans le flanc droit au moment de la défécation. D'ailleurs, cette constipation alterne avec la diarrhée, ce qui constitue un très bon signe clinique qui attire l'attention du malade.

d) Entérorragie. — C'est un signe d'une valeur primordiale, mais qui est rare et dans la plupart des cas, n'apparaît que tardivement.

2° SIGNES PHYSIQUES :

Les signes physiques sont nuls à la période du début, la tumeur, dans la plupart des cas, n'étant pas encore perceptible cliniquement.

3° SIGNES GENERAUX :

C'est l'amaigrissement rapide, qui constitue souvent un signe révélateur du début, les phénomènes dyspeptiques

ou entéritiques banals n'entraînant presque jamais des pertes de poids comparables. Un malade de Mayo avait perdu vingt kilos en moins de six mois. La fièvre, symptôme relativement rare à cette période, traduit les phénomènes inflammatoires locaux et souvent l'apparition d'une suppuration péri-cœcale.

B. — PERIODE D'ETAT :

A cette phase de la maladie, les signes fonctionnels s'exaspérant fortement prennent un aspect plus déterminé.

Fait essentiel : les signes physiques apparaissent qui tranchent le diagnostic.

L'état général s'aggrave.

1° SIGNES FONCTIONNELS :

a) *Douleurs*. — Les crises de douleurs d'intensité croissante, à localisation de plus en plus nette, et à l'irradiation plus déterminée, augmentent en durée et en fréquence. C'est une sensation de torsion, de déchirement commençant vers l'ombilic et venant se terminer dans la fosse iliaque droite.

D'après certaines observations, les crises d'intensité extrême, survenant toutes les dix minutes, sont si pénibles que les malades réclament à tout prix une opération. Parfois le cancer reste longtemps latent et se révèle un jour subitement par une crise aiguë, si brutale, qu'on porte presque toujours le diagnostic d'appendicite (cas de SPEESE et BOTHE).

b) *Troubles intestinaux*. — Des alternances de diarrhée et de constipation continuent à ce stade. Cependant, la constipation tend à devenir plus marquée : elle dure plus longtemps et se termine par des débâcles — symptôme

inquiétant à cause de la menace d'une occlusion aiguë. Les diarrhées tenaces, résistant à toutes les médications, et qui affaiblissent considérablement le malade, sont caractéristiques plutôt de la période terminale ; on les considère être d'origine toxi-infectieuse, due à la résorption des produits septiques au niveau de l'ulcération cancéreuse. On a noté la présence des glaires et du muco-pus dans les selles, mais ces faits sont rares.

c) *L'entérorragie* est relativement discrète dans la symptomatologie du cancer du cœcum, comme d'ailleurs dans celle des cancers du côlon droit en général, par opposition aux cancers gauches. Apparaissant tardivement, l'entérorragie reste souvent latente et n'est décelable que par les procédés de laboratoire (réaction de BOAS, de WEBER, de MEYER et d'autres). Même apparentes, les entérorragies passent souvent inaperçues par le malade si elles sont en quantité minime, apparaissant alors sous forme de petites stries rougeâtres qui enrobent les matières fécales ou, à fortiori, si elles sont intimement mélangées aux selles. Même les selles noirâtres, poisseuses, dues au sang digéré après un séjour plus ou moins long dans le côlon, n'attirent que rarement l'attention du malade. De plus, les entérorragies ne surviennent parfois qu'à intervalles éloignés et on les rapporte alors à quelques hémorroïdes. En somme, ces petites hémorragies sont très rares au cours du cancer du cœcum ; DESMAREST n'a noté que sept cas sur 98 observations. Les grandes hémorragies sont exceptionnelles (KETTLEY et DURET : deux fois sur 98 observations).

2° SIGNES PHYSIQUES :

Ce qui domine la scène, c'est l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, décelable au cours d'un examen physique minutieux et qui permet souvent de porter le diagnostic même avant l'examen radiologique et même

en présence d'une symptomatologie fonctionnelle confuse. Ce fait, souligné par GOSSET, représente un signe précieux, mais déplorable. En effet, la tumeur facilement palpable signifie l'importance des réactions inflammatoires surajoutées, et prouve que le cancer est déjà très avancé et que l'exérèse sera peut-être difficile.

En résumé : à la période d'état, le cancer du cœcum est toujours contestable ; les cas contraires signifient que les malades sont vus précocement, comme dans les observations de MILLER, qui n'a constaté des tumeurs que dans un tiers des cas (mais ses malades n'étaient examinés qu'à la période peu avancée de la maladie, environ huit mois après apparition des premiers symptômes).

a) *Inspection.* — L'abdomen est, dans la plupart des cas, ballonné avec maximum de voussure dans la région ombilicale ; ceci est dû au météorisme de l'intestin grêle, qui masque souvent la voussure déterminée par la tumeur dans la fosse iliaque droite. De plus, en cas de constipation, même légère, on peut voir apparaître spontanément ou sous l'influence d'un petit choc, une dilatation intermittente des anses grêles qui luttent contre un obstacle en aval, représenté par le cœcum cancéreux. Cette dilatation intermittente, entrecoupée de contractions, est nettement perceptible à la palpation, comme une sensation de repulsion progressant de l'ombilic vers la fosse iliaque droite. Parfois le phénomène n'apparaît qu'au niveau des anses grêles distantes : cela se fait quand les anses, dans la proximité immédiate du cœcum s'épuisent au bout de quelques crises d'obstruction. De plus, les douleurs apparaissent qui s'expliquent par la contracture de l'intestin grêle sur les aliments et les gaz accumulés. A un moment donné, l'obstacle est forcé, ce qui s'accompagne d'un soulagement éprouvé par le malade et des borgorygmes extrêmement bruyants dus à la collision entre les gaz et les liquides. En

général, ces contractions intestinales : visibles, douloureuses et sonores, connues sous le nom de syndrome de Kœnig, ne se rencontrent qu'au cours d'une crise d'occlusion ; hors de cet accident, on ne voit que l'ébauche de ce syndrome.

b) *Palpation.* — La palpation méthodique de la fosse iliaque droite, décrite encore en 1890 par OBRAZTSOW, permet d'examiner outre le cœcum, les ganglions avoisinants et l'anse iléale proximale. Cette dernière subit au cours du cancer du cœcum des modifications pathologiques (hypertrophie et dilatation), c'est ce qui explique l'intérêt que les cliniciens portent sur son examen minutieux, au même degré que sur celui du cœcum.

L'ans iléale. — De longueur de 6 à 8 cm., d'une grosseur de l'index, de direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, l'anse iléale s'abouche par son bout supérieur dans le cœcum, son bout inférieur avoisinant le détroit supérieur du bassin et le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. A une distance de 7 cm. de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, sur la ligne bi-épineuse, il y a le point d'intersection de cette ligne avec l'anse iléale. C'est à ce niveau qu'on doit, suivant les règles que OBRAZTSOW a établi pour permettre de palper cette anse, exercer la pression à l'aide des quatre derniers doigts de la main droite, tenus perpendiculairement au grand axe de l'anse iléale. Conditions de réussite : cœcum en position normale et l'absence du ballonnement du ventre. La palpation doit être pratiquée avec douceur et délicatesse, pendant que le malade fait des inspirations profondes, afin d'éviter la contraction des muscles de la paroi abdominale.

Ganglions. — Pour la recherche des ganglions mésentériques, on explore la région limitée en dedans par le bord

externe du muscle grand droit et en dehors, par le côlon ascendant. En enfonçant les quatre derniers doigts de la main droite, placés le long du bord externe du grand droit au niveau de l'ombilic et en les dirigeant en bas et en dehors, sans les déplacer, on arrive à sentir l'angle iléo-colique et les ganglions y contenus, qui, en cas du cancer cœcal sont presque toujours hypertrophiés.

La tumeur cœcale : siège. — Le néoplasme peut occuper une position plus ou moins haute dans le flanc droit, en rapport avec la situation variable de l'appareil cœcal à l'état anatomique. Mais le plus souvent, elle siège dans la fosse iliaque droite ; DESMAREST sur 98 observations, a trouvé cette dernière position 95 fois, deux cas dans la fosse lombaire et un seul au niveau de l'ombilic. Les positions gauches sont exceptionnelles. D'autre part, grâce à la grande mobilité du cœcum, au début, la tumeur peut être « promenée » du bassin sous le foie (FRAUHS), de la fosse iliaque à l'épigastre (HOMANS), d'une fosse iliaque à l'autre (LEJARS).

Mobilité. — Pendant longtemps le cœcum cancéreux garde une mobilité extrême en raison de sa disposition anatomique, du manque d'adhérences inflammatoires et de l'augmentation de son poids qui rend ses attaches plus lâches. On peut déplacer facilement la tumeur de dehors en dedans, mais le déplacement de bas en haut oppose une certaine résistance. Fait intéressant, on a observé la tumeur disparaître spontanément ou sous la pression de la main en produisant des gargouillements. Cette variabilité de position de la tumeur en rapport avec l'état de réplétion ou de vacuité de l'intestin a été soulignée dans l'observation de CZERNY, où la tumeur se trouvait à droite au moment de la réplétion de l'intestin, par un lavement, à gauche quand l'intestin était vide. Mais les phénomènes inflammatoires une fois apparus, la tumeur perd peu à

peu sa mobilité et se fixe à la paroi de la fosse iliaque. Néanmoins, on a noté des cas de grande mobilité de la tumeur malgré les adhérences multiples trouvées au cours de l'opération (TOKARENKO).

Caractères de la tumeur. — La tumeur est assez superficielle, facilement palpable, presque indolore. C'est une masse de volume pouvant varier, de la grosseur du poing à celle d'une tête fœtale, dure, bosselée, souvent arrondie, à limites nettes en dehors, moins précises en dedans vers l'iléon et la région ganglionnaire dans laquelle elle paraît se prolonger. La divergence fréquente entre son volume perçu à la palpation et ses dimensions, plus faibles trouvées au cours de l'opération, s'explique par l'hypertrophie musculaire et la dilatation de l'anse située en amont de la tumeur. Fréquents sont aussi les cas où, à la palpation, on n'éprouve qu'une simple sensation de résistance ou d'empâtement qui fera soupçonner l'existence d'une tumeur cœcale et qu'on résume en disant que la fosse iliaque droite n'est pas libre. Le toucher rectal chez l'homme, le toucher vaginal chez la femme, ne sont utiles que dans les cas de ptose de l'organe dans le petit bassin.

c) *Percussion.* — Donne au niveau de la tumeur une submatité ou plutôt un tympanisme assourdi ; mais cela est souvent masqué par un météorisme intestinal.

3° SIGNES GÉNÉRAUX :

L'amaigrissement s'accroît en raison d'alimentation défectueuse, de douleurs et de diarrhée. Le sujet est déshydraté, ce qu'on peut constater en faisant un pli cutané qui persiste ici pendant un certain temps. Souvent la fièvre s'allume, due soit à la stase et résorption des matières, soit à l'infection du cancer, soit enfin à une péritonite. De plus

une anémie profonde apparaît qui peut même être révélatrice (FLINT, RANKIN). GOSSET cite un cas où, chez un malade n'ayant que 2.200.000 globules rouges, on a remarqué au cours d'opération, la fluidité et la pâleur du sang. Les dosages d'hémoglobine confirment l'existence d'une telle anémie (PRICKMAN). Cela est dû non seulement à des entérorragies, mais à la résorption des toxines néoplasiques hémolytiques, par le segment colique, dont l'absorption est sa fonction normale. Il y a cependant les cas où l'état général est bien conservé pendant de longs mois (DUCUING).

c) TERMINAISON :

La mort survient à la suite d'une cachexie néoplasique ou, cas fréquent, par une complication. Pour cette raison, rarement sont observés les états avancés de la maladie représentés par une extension locale de la tumeur ou une généralisation cancéreuse.

1° *Extension locale*. — L'envahissement de la paroi abdominale antérieure est relativement fréquent en raison de la situation superficielle du cœcum : les muscles, puis la peau une fois infiltrés, une fistule stercorale peut se réaliser. Beaucoup plus graves sont les cas d'un envahissement profond dont l'existence peut demeurer latente. Certes, la fixité croissante de la tumeur peut la faire soupçonner, mais cela peut être d'origine inflammatoire ; un signe plus sûr est fourni par l'existence de douleurs irradiées dans le territoire du fémoro-cutané ou des abdomino-génitaux. C'est par l'atteinte des organes du voisinage que ces envahissements de la paroi postérieure sont graves. En effet, l'uretère, malgré sa gaine propre, résistante à la cancérisation, peut cependant être comprimé, entouré par un bloc néoplasique et risque d'être réséqué avec le cœcum au cours de l'opération (cas de GOULLOND). L'en-

vahissement du rein est aussi fréquent. Les cancers du cœcum ont souvent tendance à se souder à une ou, cas particulièrement grave, à plusieurs anses grêles, avec fistulisations à la longue. Prolabé vers le petit bassin, le cancer du cœcum envahit la vessie ; ce mécanisme, décrit par BERARD et MURARD, s'exécutant en deux temps (stade inflammatoire d'abord, néoplasique à la suite), rend très difficile le diagnostic de la nature de l'affection de la vessie, même à la cystoscopie.

2° *Généralisation*. — C'est une complication très tardive, rencontrée parfois, d'une façon inattendue, chez un malade en apparence opérable, elle s'explique par une longue latence du cancer ou par son évolution ultra-rapide : cas d'une métastase hépatique précoce, observée par GOSSET. Plus fréquents que ce dernier cas sont les greffes péritonéales qui se manifestent par une ascite plus ou moins hémorragique et des nombreux noyaux sur le mésentère et le péritoine intestinal et pariétal, souvent jusque dans le Douglas. Fréquents sont aussi, au cours du cancer du cœcum, les tumeurs secondaires de l'ovaire, dites tumeurs de Krukenberg (observation de METZGER).

II. — EVOLUTION

Marche. — En résumant les détails exposés dans les chapitres précédents, nous rappelons que : le cancer du cœcum commence par un stade relativement latent, caractérisé uniquement par les signes fonctionnels. Arrivé à la période d'état, il présente le tableau clinique plus ou moins complet avec les signes fonctionnels et physiques. Dès lors la maladie évolue lentement vers la terminaison fatale que l'apparition de l'occlusion aiguë vient hâter dans un certain nombre de cas.

Durée. — La détermination exacte de la date de début étant impossible, on ne peut pas évaluer précisément la durée de cette maladie. On sait que l'évolution du cancer du cœcum est, en général, remarquablement longue. La durée moyenne est de 18 mois à deux ans (DUCUNG) ; mais on a noté la durée de trois ans et plus.

III. — PRONOSTIC

L'avenir du malade est lié étroitement à la précocité du diagnostic et l'efficacité de l'intervention qui en résulte. C'est pourquoi nous avons insisté tellement sur la symptomatologie du début, en mettant en relief les signes en apparence insignifiants, peu caractéristiques, qui, cependant, en ensemble, permettent fréquemment d'orienter l'esprit d'un médecin vers la possibilité d'un cancer intestinal et d'entreprendre les moyens plus sûrs du diagnostic.

IV. — COMPLICATIONS

Les complications sont la cause habituelle de la mort des porteurs de cancer du cœcum, d'où l'intérêt de les étudier plus attentivement. Elles se divisent, au point de vue étiologique en : mécaniques et inflammatoires.

A) LES COMPLICATIONS MECANIQUES :

1° Etiologie et anatomie pathologique. — Le cancer du cœcum s'accompagne souvent de signes de sténose chronique, dès qu'il devient volumineux ou qu'il a atteint la valvule de BAUHIN, ce qui est le cas très fréquent. Mais le

passage en occlusion aiguë est rare en raison de la fluidité du contenu iléo-cœcal, et il faut longtemps pour que l'arrêt des matières et des gaz soit complet. Un simple excès alimentaire ou l'absorption de produits indigestibles (les cas classiques des noyaux de cerise ou de pruneau, les malades absorbant ces fruits en quantités énormes, en raison de leurs propriétés laxatives), qui jouent le rôle de corps étrangers, peuvent faire déclencher un épisode occlusif. Mais il y a un autre facteur de beaucoup le plus important : c'est l'infection. En effet, malgré la différence des tableaux cliniques, ces deux sortes de complications : mécaniques et infectieuses, s'intriquent fréquemment, soit que les réactions inflammatoires accroissent ou complètent le rétrécissement, soit que ce dernier, responsable de la stase et de la stagnation, entraîne des accidents septiques. Une occlusion aiguë est rare à la période de mobilité de la tumeur ; on a pu cependant observer à ce moment des phénomènes d'occlusion aiguë ou chronique, dus à une invagination intestinale. Cette possibilité est assez fréquente dans la forme valvulaire (DUCUNG), à la condition que le côlon soit très mobile et que la tumeur soit peu volumineuse et peu adhérente ; elle sert alors de tête au boudin qui s'invagine. Une invagination iléo-cœcale est ainsi réalisée. S'il s'agit d'un petit cancer du fond du cœcum, on assiste à une invagination cœco-colique. Comme agent dynamique de ces invaginations, il faut évoquer l'hyperpéristaltisme de l'iléon luttant désespérément contre l'obstacle situé en aval. Ce sont plutôt les localisations cœcales que valvulaires qui causent l'invagination (LEJARS, DESMAREST, GUEULLETTE, ROUX, SANTÉE et d'autres). Les conséquences de ces accidents occlusifs assombrissent encore davantage le pronostic. En effet, le grêle subit une distension énorme, ce qui accentue la stase et accroît les phénomènes stercorémiques.

2° ETUDE CLINIQUE :

a) *Occlusion chronique.* — Interposée au cours de l'évolution de la maladie entre la constipation simple et une occlusion aiguë, les limites entre ces trois phases étant floues, il est difficile habituellement de diagnostiquer son existence. Cependant, lorsque la constipation devient opiniâtre et s'accompagne du ballonnement du ventre et d'une sensation de plénitude douloureuse avec maximum de souffrance dans la fosse iliaque droite, le diagnostic d'une occlusion chronique se pose. De plus apparaissent les troubles digestifs très caractéristiques qui enrichissent le cortège symptomatique de cette complication. Ce sont : inappétence absolue, langue sale, persistance d'un mauvais goût avec une odeur spéciale de l'haleine (qui, d'après DESPRÈS est caractéristique du cancer intestinal), les nausées s'accompagnant parfois de vomissements alimentaires ou même bilieux. Les éructations et les borborygmes sont fréquents. Le syndrome de KÆNIG, décrit précédemment, est ici au complet. La palpation révèle une sensibilité très vive de la fosse iliaque droite et une distension douloureuse du cœcum, dont l'exploration entraîne parfois un peu de défense musculaire. Le ballonnement et le tympanisme masquent fréquemment la masse tumorale. MATHIEU insistait beaucoup sur le clapotage péri-ombilical, qu'on peut produire en cas de la distension énorme des anses intestinales au-dessus d'un obstacle siégeant sur leur partie terminale. Un autre signe d'une dilatation des anses intestinales à la suite d'un rétrécissement en aval est le symptôme des vases communicants ou de la fausse ascite, observés par DELBET : en effet, en même temps que l'intestin se dilate, sa paroi s'épaissit, de sorte qu'il forme un tube à peu près rigide au lieu de présenter ces innombrables coudures que possède un intestin normal souple ; les liquides s'y comportent comme dans les vases commu-

niquants : suivant la position du malade, ils vont occuper les portions déclives de cet intestin. Le diagnostic différentiel avec une ascite vraie, problème difficile parfois, se fait par la mobilité plus grande de celui-ci ; d'autre part, en cas d'une fausse ascite, il y a du côté gauche des irrégularités, des encoches entre la zone sonore et la zone mate.

L'état général décline : le malade éprouve une faiblesse spéciale qui le fixe au lit ; le faciès s'altère, la teinte devient terreuse. A la longue, ces symptômes retentissent sur le psychisme du malade qui devient anxieux et neurasthénique.

La symptomatologie décrite ci-dessus est aussi celle des *invaginations*, qui sont habituellement chroniques et récidivantes. Il y a, néanmoins, quelques signes cliniques spéciaux à cette complication : les douleurs, très violentes ici, sont localisées dans la région ombilicale, péri-ombilicale, ou dans le flanc droit, plus rarement dans la fosse iliaque.

L'enterorragie est ici un signe presque constant ; comme toujours peu abondante, elle se reconnaît à des stries sanguinolentes dans les selles ou à leur aspect poisseux et noirâtre en cas du sang digéré. Enfin, signe le plus précieux : constatation à la palpation de la tête de l'invagination, qui donne une sensation d'une tumeur allongée, de surface à peu près régulière, lisse, sans bosselures, de consistance élastique, plutôt dure. Coïncidant avec le siège de la douleur, la tumeur présente son grand axe orienté transversalement ou verticalement, suivant la hauteur de l'invagination. De longueur variable, elle est mobilisable dans tous les sens et, point caractéristique, présente des déplacements spontanés d'un examen à l'autre.

b) *Occlusion aiguë* : succédant habituellement à une série de crises d'occlusion chronique, elle peut néanmoins s'installer d'emblée. Les douleurs abdominales deviennent souvent atroces ; les vomissements fécaloïdes apparaissent ; il y a arrêt complet de matières et de gaz ; le ballonnement abdominal, généralement péri-ombilical (si-

gne de LAUGIER) s'installe rapidement. L'état général est gravement atteint dès le début : il se traduit par le faciès péritonéal, l'accélération du pouls et la baisse de température (au-dessous de 37°).

B. — LES COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES :

Le cancer du cœcum, à titre d'un cancer colique, est, avant tout, un cancer infecté. La large surface ulcérée du cancer, enflammée et irritée par le contact incessant des matières de l'ampoule cœcale, est le siège d'une flore microbienne riche et virulente. Cette infection, tantôt se propageant aux tissus cellulaires de la fosse iliaque, tantôt détruisant une partie des parois du cœcum par processus ulcéreux, aboutit à la formation d'un abcès péri-cœcal qui, à un degré de plus (spontanément ou facilité par le drainage), donne une fistule. Un abcès pré-cœcal est facilement diagnostiqué en clinique : la paroi abdominale révèle précocement la lésion profonde par la rougeur et la chaleur de la peau à ce niveau ; à la palpation, on trouve un empâtement. Les symptômes ci-dessus, accompagnés parfois de douleurs, de la fièvre et des nausées, font penser à une appendicite aiguë, l'amélioration des symptômes sous l'influence de la glace confirme pour un temps ce diagnostic. Dans d'autres cas, ces abcès revêtent souvent une allure tellement torpide et banale qu'on les laisse évoluer vers la paroi abdominale antérieure ; la fistule qui en résulte ne se tarit pas, devient, à la longue, pyostercorale et est envahie par les bourgeons néoplasiques. Mais le diagnostic est plus difficile en cas d'un abcès rétro-cœcal, ce dernier étant masqué complètement par une masse dure du néoplasme déjà diagnostiqué. Il faut alors avoir recours aux signes plus vagues, mais assez constants : DESMAREST attribue une grande valeur à l'apparition de la fièvre, qui, cependant, n'est parfois qu'une fausse alarme (cas

de FUSING). Autre signe, non moins important, c'est l'augmentation plus ou moins marquée du nombre des globules blancs qui peut être de 10 à 12.000, de 22.000 même, allant de pair avec une profonde aggravation de l'état général. Un tel abcès, resté jusqu'alors latent, peut se vider, en un moment donné, dans le côlon lui-même, dans le duodénum, dans une anse grêle ou dans la vessie ; dans ces cas, il n'est que le premier stade d'envahissement cancéreux des viscères.

D'autre part, un abcès méconnu, en augmentant le volume et la fixité de la tumeur, décourage les chirurgiens d'intervenir, car ils croient être en présence d'un cancer très avancé. Nous avons mentionné déjà l'influence néfaste des phénomènes inflammatoires sur les états obstructifs. Rares sont les cas d'une péritonité généralisée consécutive à un processus suppuratif rapide, qui s'installe avant qu'un cloisonnement efficace de la grande cavité péritonéale ait le temps de s'établir. Parfois c'est l'ouverture d'un abcès dans la cavité péritonéale qui en est la cause. La thrombose des veines iliaques primitives ou externes, avec œdème très marqué du membre inférieur droit, est exceptionnelle.

V. — FORMES CLINIQUES

1° *D'après le siège.* — Sans parler de formes mixtes, il existe un type purement cœcal qui reste longtemps localisé et, par suite de la disposition du cul-de-sac cœcal, il gêne encore peu le transit des matières, même quand il est très étendu ; seule la forte rétraction, qu'il provoque fréquemment, en faisant disparaître le cœcum, accélère l'apparition de phénomènes obstructifs. La localisation valvulaire est beaucoup plus fréquente ; la tumeur n'apparaît que tardivement ; seuls existent les troubles fon-

tionnels caractérisés par des coliques intenses et des selles hémorragiques rouges ou noires. Occlusion est ici une complication fréquente, soit du fait d'une invagination, soit du fait de la tumeur elle-même ; cette dernière, à la longue, rend à la valvule sa perméabilité, par suite d'ulcération cancéreuse ou de la nécrose des fongosités.

2° *D'après les symptômes.* — La prédominance de certains symptômes, qui déroutent souvent le diagnostic, permet de décrire quelques variétés du cancer du cœcum. D'après JOUFFRAY, on peut différencier un type diarrhéique (très fréquent), type gastrique ou dyspeptique, type douloureux, type occlusif, type appendiculaire et un type anémique latent.

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC CLINIQUE

A. Positif. — Il faut toujours penser à un cancer intestinal, quand chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, apparaissent de longues périodes d'une constipation opiniâtre, accompagnées de phénomènes douloureux vagues, de troubles dyspeptiques et d'atteinte de l'état général, se manifestant par l'amaigrissement et une perte considérable des forces. L'alternance de la constipation et de la diarrhée et la constatation de quelques traces de sang dans les selles (en l'absence des hémorroïdes) confirment ces soupçons. L'appréciation du siège de la lésion, impossible au début, ne présente plus de difficultés cliniques dès que la tumeur devient palpable ; ce moment, variable suivant la localisation du cancer, est tantôt très tardif, laissant alors aux signes fonctionnels seuls la tâche de créer le tableau clinique, tantôt précoce, ne constituant parfois qu'un symptôme unique de la maladie (BLANCHARD en rapporte huit observation ; BILROTH, MATLAKOWSKY).

B. — DIFFERENTIEL :

1° *Elimination des lésions ne siégeant pas sur le cœcum.* — Pour cela, nous disposons d'un procédé très utile,

préconisé par KÆRTE et SONNENBURG, qui consiste à une insufflation du gros intestin : la tumeur ainsi soulevée et rendue plus apparente, indique nettement qu'elle dépend du gros intestin. L'autre procédé comportant l'injection de l'eau dans le gros intestin, confirme le diagnostic du siège de la lésion : normalement deux litres d'eau pénètrent facilement dans le gros intestin, même en cas du cancer du cœcum ; au contraire, toute autre localisation du cancer sur le gros intestin empêche la réplétion du tube colique et provoque une douleur. Ce procédé, en rendant les contours de la tumeur peu évidents, est d'une utilité médiocre.

Nous passerons en revue toutes lésions ne siégeant pas sur le cœcum et qui peuvent être prises pour la tumeur de celui-ci. Ce sont :

a) Tumeur du rein, qui donne le contact lombaire et s'accompagne souvent de varicocèle symptomatique. On peut trouver des hématies dans les urines, ou par la division des urines, constater des différences quantitatives et qualitatives dans la sécrétion de deux reins.

b) Rein flottant, diagnosticable par sa forme, sa mobilité, la possibilité d'être réduit sous les côtes et par l'absence des signes intestinaux (cas de GILFORD et de DEMONS).

c) Tumeur du foie, facilement reconnaissable si, en insinuant les doigts sous le rebord costal, on constate une continuité entre la tumeur et le bord tranchant de l'organe. Le diagnostic est plus difficile en cas d'une tumeur développée sur la face inférieure du lobe droit du foie et qui paraissant à la palpation indépendante de cet organe, peut être prise pour une tumeur du cœcum en position haute. On a recours alors à la phonendoscopie ou à une injection rectale gazeuse.

d) Kyste de l'ovaire : celui-ci est pédiculé et mobile ; il est décelable par le toucher vaginal et rectal. La mobilisation de l'utérus entraîne plus ou moins la tumeur. Cette confusion peut avoir lieu en cas du cancer cœcal en étopie pelvienne.

e) Tumeur du mésentère : a un siège plus médian ; elle pointe à l'ombilic ; son volume est plus considérable ; mobile surtout dans le sens transversal.

f) Tumeur épiploïque : aussi médiane, s'accompagne ordinairement d'ascite.

g) Adénopathie rétro-crurale : masse immobile, adhérente à l'arcade ; toujours secondaire, l'affection primitive étant souvent reconnaissable par le toucher vaginal et rectal ; l'origine tuberculeuse est fréquente.

h) Absès ossifluant : pratiquement, il y a question d'éliminer un Mal de Pott diagnosticable par un examen de la colonne vertébrale.

i) Lymphadénome intestinal, ressemble au cancer par la présence d'une tumeur, par des troubles digestifs, et par une atteinte grave de l'état général. Mais l'évolution d'un lymphadénome est beaucoup plus rapide, la tumeur se fixant dès le début et l'état général périlissant précocement. Comme troubles digestifs : diarrhée constante et jamais de crises d'obstruction intestinale.

j) Cancer de l'estomac : diagnostic ordinairement facile, les syndromes gastriques et intestinaux étant bien différents. Dans les cas douteux, on a recours au dosage d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique et la dilatation de l'estomac par les mélanges effervescents.

k) Néoplasme du côlon transverse, entraîné par le poids de la tumeur qui s'accole à la paroi interne du cœcum. Diagnostic différentiel est très difficile, car les signes intestinaux sont les mêmes ; d'ailleurs son intérêt n'est pas

grand, le traitement ne variant pas. Pour préciser la localisation on a recours à l'injection d'eau et l'insufflation du gros intestin.

2° ELIMINATION DES AFFECTIONS NON CANCEREUSES DU CŒCUM

a) Tuberculose iléo-cœcale. Au niveau du cœcum, la tuberculose revêt souvent une forme tumorale appelée encore hypertrophique ou lymphoïde et dont la différenciation d'un cancer est parfois très difficile. En effet, les signes intestinaux sont les mêmes et l'état général est atteint au même degré (sans, toutefois, arriver à une anémie aussi intense que dans le cancer). On peut citer quelques signes spéciaux à la tuberculose : apparaissant chez les sujets plus jeunes, la tumeur s'accroît plus lentement, mais atteint, à la longue, un grand volume dû à l'importance de l'adénopathie voisine et d'autres phénomènes inflammatoires surajoutés. Plus lisse, moins dure, cette tumeur a une mobilité considérée actuellement comme identique à celle d'un cancer. A la palpation, on constate que la tumeur est mal limitée en dedans, parce que c'est là que se trouvent les ganglions hypertrophiés ; cette particularité est d'ailleurs commune au cancer. L'élévation de la température est ici fréquente. La présence des bacilles de Koch dans les elles est rare et peu significative : FEISSLY les a trouvés en cas du cancer du cœcum pur. Les antécédents familiaux et même personnels ne sont pas d'une utilité plus grande : un des malades de GOSSET avait une cyphose pottique et cependant la lésion était néoplasique. Les entérorragies, mêmes occultes penchent le diagnostic vers une lésion néoplasique. Le plus souvent, l'image radioscopique n'apportant, elle non plus des renseignements décisifs, le diagnostic reste en suspens, même durant l'opération (cas de LAGUEU) et c'est seulement l'examen microscopique qui détermine le caractère de la tumeur.

b) Appendicite plastique. Un cancer cœcal peut simuler une appendicite chronique en évoluant par des crises sub-aiguë, accompagnées de douleurs vagues et des troubles intestinaux ; la tumeur naissante dans la fosse iliaque droite est alors prise pour un processus inflammatoire comme suite de crises répétées. Le diagnostic de l'appendicite chronique est alors posé. La confusion est encore plus facile, lorsque le cancer du cœcum présentait une phase aiguë : crise douloureuse avec vomissements, constipation et endurcissement local du ventre. La glace et la diète absolue amendent l'état local. Mais on est désorienté par l'absence complète de la fièvre au cours de la crise, par l'atteinte de l'état général et par la persistance, dans la fosse iliaque droite d'une masse sensible, mal délimitée, immobile qui, au lieu de continuer sa régression, devient stationnaire et commence même à augmenter peu à peu. C'est alors que la fièvre souvent s'allume, due à la formation d'un abcès péri-cœcal. D'ailleurs, une vraie crise d'appendicite peut survenir au cours de l'évolution du cancer du cœcum (GUINARD). D'autre part, il faut citer les cas de certaines appendicites accompagnées d'abcès à évolution lente ; ces derniers se présentent sous forme d'une tumeur peu douloureuse, de consistance ligneuse, immobile, soudée à la paroi et dont l'accroissement est trainant. L'état général décline, la température oscille à peine au-dessus de la normale. La confusion avec un cancer cœcal, surtout chez les sujets âgés, est alors presque inévitable. De plus, si l'image radiologique laisse des doutes, on fait une laparotomie, qui donne des présomptions du diagnostic (cas de LERICHE), mais c'est l'examen microscopique qui détermine exactement la nature de la tumeur.

c) Tumeur inflammatoire : d'origine appendiculaire, elle est formée par une énorme infiltration scléro-lipomateuse de la paroi colique. Diagnostic avec le cancer cœcal

est très difficile, malgré la différence entre les états généraux au cours de ces deux affections. Les ganglions mésocoliques sont souvent hypertrophiés comme dans le cancer. Il faut tenir le plus grand compte du passé appendiculaire.

d) Actinomycose. Le diagnostic peut être difficile avant la période de ramollissement ou d'ulcération : il faut se baser alors sur des symptômes d'une appendicite à répétition et sur des crises tympanisme gastro-intestinal. L'état général est mieux conservé. La fixation de la tumeur est plus précoce. L'évolution rapide vers la suppuration froide et la présence de grains jaunes dans le pus de l'abcès qui s'est ouvert spontanément (a fortiori, la réaction de co-agglutination positive) tranchent le diagnostic. L'affection est d'ailleurs très rare.

II. — DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

C'est un diagnostic de certitude. Il donne des précieux renseignements sur l'existence, le siège, la nature et les rapports des tumeurs, en utilisant les mélanges opaques qui, introduits dans un organe creux, silhouettent sur la plaque les contours de celui-ci. Cette introduction dans le côlon se fait par deux voies : par l'ingestion ou bien par lavement. Ce dernier présente un avantage sur le repas baryté en permettant, seul, un remplissage total de l'intestin ; de plus, c'est une méthode rapide et simple.

A. EXAMEN PAR LAVEMENT :

1° *La technique.* — L'intestin doit être totalement évacué : cependant, les purges violentes, surtout salines, doivent être évitées en raison de leur action spasmodique. Uti-

liser de préférence les lavements répétés. Les antispasmodiques peuvent être administrés et même l'injection d'atropine sous écran. Il ne faut pas se contenter d'une radioscopie ou radiographie seule, ces deux méthodes se complètent mutuellement. De plus, il faut les refaire plusieurs fois, sous diverses incidences, en stade de réplétion colique et après l'évacuation.

2° *Images radiologiques.* - Sont déformées souvent par des réactions péri-néoplasiques inflammatoires ou sclérolipomateuses, les adhérences épiploïques et les spasmes surajoutés. Voici ce qu'on observe le plus souvent :

a) Les défauts de progression : peu accentués au début d'un cancer, ne se manifestent que par un spasme sous forme d'une encoche spasmodique plus ou moins constante et caractéristique. A cette période, une petite déformation organique passe le plus souvent inaperçue.

b) Images lacunaires : ce sont elles qui traduisent l'organicité de la lésion en donnant en négatif le dessin des saillies et des ulcérations néoplasiques. Leur constance et l'invariabilité à plusieurs examens successifs, éliminent l'élément spasmodique de l'image et confirment la nature tumorale de la lésion.

Les images lacunaires peuvent être partielles :

- 1° *latérale* : encoche mordant sur un des bords ;
- 2° *centrale* : zone claire en pleine ombre colique ;
- 3° *circulaire* : les deux bords érodés l'un en regard de l'autre ; entre eux une coulée opaque, ou complètes.

Ces dernières, le lavement s'arrêtant au-dessus, ne donnent pas des contours cœcaux ; cela est dû, soit à la saillie tumorale, soit à des rétractions néoplasiques, soit enfin à une hyperkinésie colique représentée par une image de Stierlin, qui n'est pas exclusivement caractéristique des lé-

sions tuberculeuses. Par contre, les dernières anses grêles, sont injectées à la suite d'une insuffisance fonctionnelle ou organique de la valvule de Bauhin.

c) Images d'arrêt complet : quand le lavement ne peut pénétrer jusqu'à la poche sus-tumorale. On a alors une grosse distension colique en aval du cancer. D'après l'étendue de la zone de rigidité colique, on peut mesurer l'extension du néoplasme. On peut confirmer également à l'examen radiologique la fixité du cœcum, quand celui-ci reste immobile, malgré la palpation manuelle sous écran.

En terminant la description de la méthode par lavement il faut citer le travail de FICHER, précurseur d'une méthode par double contraste ; celle-ci consiste en examen radiologique après évacuation du lavement du côlon et l'insufflation gazeuse consécutive. Cela enduit la muqueuse colique d'une couche mince et homogène de baryte. A l'examen, le côlon apparaît en clair, bordé par une fine et sombre ligne qui dessine son porteur. Ce procédé permet de déceler les lésions organiques, même minimales par opposition à la méthode par lavement, qui met surtout en évidence les déformations de nature spasmodique.

A l'étranger KNOTHE et KALKBRENNER proposent actuellement une méthode qui utilise les propriétés physico-chimiques de certains colloïdes de thorium (umbrathor). Ceux-ci, en effet, flocculent au contact de la muqueuse et donnent un précipité opaque qui se répartit en une couche mince et très uniforme.

B. — Examen par repas baryté :

On n'a recours à ce procédé, qui nous permet l'examen minutieux de tout le tube digestif, que pour compléter l'examen par lavement. En effet, l'examen du grêle pourra montrer, en cas de cancer, soit du cœcum, soit de la val-

vule iléo-cœcale, un certain retard de l'évacuation iléale et dessinera parfois correctement une image lacunaire valvulaire ou cœcale.

Images des complications mécaniques : en cas d'occlusion aiguë, même présumée, ne pas négliger de faire l'examen radiologique (sans préparation même), qui permettra de confirmer le diagnostic et d'éviter les surprises désagréables. On voit alors de petites poches gazeuses, claires, surmontées parfois de niveaux liquides horizontaux, et qui donnent l'image classique en tuyaux d'orgue. En cas d'invagination, c'est le lavement baryté qui permet la confirmation du diagnostic. D'après BROCC et GUEULLETTE, le boudin d'invagination, encerclé de baryte, donne l'image soit d'une amputation nette, soit arrêt en cupule ou en trident, soit une image lacunaire en bulle ou en cocarde, selon qu'on examine de face ou de profil. SHERWOOD rapporte un cas, où le boudin désinvaginé sous l'influence du lavement, est réapparu à la suite du repas baryté.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

L'erreur la plus fréquente consiste à diagnostiquer un spasme simple devant une petite image lacunaire. Un spasme, parfois unique témoin d'une lésion maligne, devient suspect si on le retrouve sous l'aspect identique, à plusieurs examens successifs. Parfois, un spasme traduit l'intolérance cœcale à la suite d'une lésion siégeant autre part (colite gauche, typhlo-appendicite chronique, etc., pourtant, il vaut mieux de prendre une lésion banale pour un cancer qu'inversement.

Malgré les nombreuses difficultés et les erreurs de diagnostic dans les cas précoces, des renseignements décisifs sont fournis par la radiologie dans 91 % des cas, tandis

que la clinique ne les apporte que dans 48 % des cas (RE-
NANDER). Le diagnostic radiologique à un stade avancé est
plus facile. Les images radiologiques données par la tu-
berculose peuvent être absolument comparables à celles
du cancer. Même la classique image de Stierlin ne penche
pas le diagnostic vers la tuberculose, en raison de sa fré-
quence dans les cancers du cœcum. Pour différencier un
cancer cœcal d'un abcès appendiculaire, il faut remarquer
que ce dernier provoque des images de refoulement, soit
transversal, soit vertical, qu'il est impossible de confondre
avec les lacunes pariétales d'un néoplasme.

Observations

dues à l'obligeance bienveillante de M. le Prof. BAUMEL

OBSERVATION I

Le docteur R... G..., d'Albi, 63 ans, vient consulter M. le Professeur BAUMEL, en mai 1932, pour des troubles gastriques caractérisés par régurgitations acides, qui ayant commencé pendant la guerre et améliorées pendant quelques mois recommencent en 1920. Depuis cette époque, la digestion devient pénible. Depuis deux-trois mois, accentuation des troubles, caractérisés par perte d'appétit sans dégoût alimentaire spécial. Pas de ballonnement gastrique, pas de brûlures, pas de vomissements. Quelques nausées au moment de la digestion. Pas de renvois. Douleurs abdominales, surtout péri-ombilicales. Une selle liquide par jour. Pas de syndrome dysentérique. Pas de jaunisse. Pas de décoloration des matières. Sensation de plénitude dans la fosse iliaque droite. Pas de coliques hépatiques. Autres appareils : rien à signaler.

Comme antécédents : ténia, il y a dix ans ; il y a cinq ans, une grippe avec convalescence pénible. Colibacilurie

il y a cinq ans (professeur JEANBREAU). Bonne santé habituelle. Pas d'enfants.

A l'examen : amaigrissement notable. Faciès pâle, sans teinte jaune-paille. Langue normale. Denture en bon état. Foie et rate normaux. Pas de sensibilité du plexus solaire. Fosse iliaque gauche normale. Sensation d'empâtement avec tumeur perceptible à la palpation, au niveau de la fosse iliaque droite ; cette tumeur assez nettement délimitée siège surtout au niveau du côlon ascendant. Bord libre du foie perceptible. Tension : 13-7. Urines normales ; pas d'albumine ; pas de sucre. Poids : 47 kilos 500.

A l'examen radiographique du tube digestif :

Foie : 14 h. après une ingestion de poudre de foriod, la vésicule n'est pas visible. le foie paraît être notablement abaissé, il n'est pas augmenté de volume, il est bien homogène, la pression profonde au niveau de la région vésiculaire n'est pas particulièrement sensible.

Estomac : Du baryum pris extemporanément pour voir les rapports de l'estomac d'avec la vésicule montre que la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas fond gastrique qui après absorption de 250 cmc. se situe un peu au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire ; elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité ; le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables ; ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. 6 h. après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodenum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente aucune anomalie ; les bouchées opaques passent facilement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2ème portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments cependant sont moins mobiles qu'il ne faudrait ; on ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques. *Intestin* : 6 h. après l'absorption de ce repas la tête de colonne opaque est à peine arrivée au niveau de la valvule de Bauhin. Les dernières anses iléales se voient parfaitement ; elles sont relativement peu mobiles, elles ne sont pas particulièrement sensibles à la pression. De nouveaux examens pratiqués à plusieurs heures de distance montrent, que la situation est restée la même. Un nouvel examen pratiqué 4 ou 5 h. après fait voir, que le cœcum a été franchi et que la tête de colonne opaque se trouve dans la dernière portion du côlon

transverse et du côlon descendant. Le cœcum se voit mal ; il ne se dessine pour ainsi dire pas, il y a à peine un peu de baryum dans sa partie inférieure. La pression profonde à son niveau n'est pas plus sensible qu'ailleurs, mais ces régions ne sont pas facilement mobilisables. La portion du côlon transverse où commence la bouillie barytée est légèrement spasmée. L'angle splénique est en bonne place, le côlon descendant ne présente pas d'anomalie appréciable, pas plus que l'anse sigmoïde et que le rectum. De nouveaux examens répétés font faire absolument les mêmes constatations : on ne peut pas arriver à voir la partie supérieure du cœcum, l'angle hépatique et la première portion du côlon transverse. Dans ces conditions, on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté : La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit de façon normale ainsi que la sigmoïde, le côlon descendant et les dernières portions du côlon transverse. Mais lorsque la tête de colonne opaque est arrivée à peu près au niveau du milieu du côlon transverse, le malade se plaint de coliques excessivement violentes ; d'ailleurs on se rend compte que la tête de colonne opaque du lavement n'avance pas du tout. Les portions intestinales qui sont situées en amont se dilatent de façon assez considérable, mais la première portion du côlon transverse n'est pas plus visible que par le procédé des repas opaques et de suivre le transit intestinal heure par heure. On voit très bien la stase iléale qui avait été précédemment notée : on ne peut pas saisir le moment où la cavité cœcale et la première portion du côlon transverse se remplissent. Plusieurs radiographies prises de cette région là montrent qu'on peut apercevoir les plis de la muqueuse à ce niveau, mais il n'est pas possible d'avoir ces portions en état de répletion complète. La pression profonde n'est toujours pas particulièrement sensible bien que ces régions soient cependant pas mobilisables. Dans les autres points de l'intestin on ne voit pas la moindre image où on ne trouve pas de baryum.

Examen des selles : rien d'anormal sauf de leucocytes nombreux.

Diagnostic : néoplasme cœcal.

OBSERVATION 2

Mme D... M..., Ouveillant, 64 ans, vient consulter M. le Professeur BAUMEL, en juin 1926, pour des troubles digestifs datant du mois d'octobre 1925 et caractérisés par perte d'appétit sans dégoût alimentaire spécial, balonnement gastrique immédiatement après les repas, sans dou-

leurs ; vomissements non alimentaires, glaireux sans hématemèse, sans effort. Sensation de barre abdominale. Une selle du matin à peu près moulée, une du soir ; présence de glaire et peau. La malade a maigri de 10 kilos pendant 10 mois. Autres appareils : œdème des membres inférieurs. Dyspnée d'effort. Antécédents : un enfant en bonne santé ; mari mort d'artério-sclérose. Ménopause depuis 18 ans. A l'examen : amaigrissement notable. Teinte jaune-paille. Langue normale. Denture défectueuse. Pas d'ypéresthésie solaire. Foie et rate normaux. Palpation de la fosse iliaque droite : sensation de résistance très nette sur toute la hauteur du cœco-ascendant. Rien du côté du transverse. Au niveau de la fosse iliaque gauche : rien d'anormal. Poids : 52 kilos. Pas d'albumine. Pas de sucre. Tension : 18-8.

Examen radiographique du tube digestif :

Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien et la bouillie barytée tombe dans le bas fond gastrique qui après absorption de 250 cm³ se situe sur le niveau des crêtes iliaques. La poche à air normale. Les contractions péristaltiques suffisantes comme nombre et comme intensité commencent aussitôt. Le passage pylorique s'effectue bien. Le bulbe duodénal est normal ainsi d'ailleurs que la 2^e portion du duodénum. On ne voit sur toute l'aire de projection gastrique ni encoche ni image lacunaire. La pression profonde avec le distincteur ne révèle aucune zone sensible. Toutes les portions gastro-intestinales sont bien mobilisables. 6 h. après l'absorption de ce repas la cavité gastrique est complètement évacuée.

Les repas baryés ayant été pris 18, 12 et 6 h. auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au rectum. Il existe un certain degré de stase iléale. Tout le cœcum et le cœco-ascendant sont remplis par une belle image lacunaire. Le côlon transverse est normalement rempli, l'angle splénique, le côlon descendant, le rectum ne présentent aucune anomalie. La région cœcale est bloquée, pas mobilisables mais légèrement sensible à la pression. Un lavement baryté administré 24 h. après montre que le gros intestin est normal depuis le rectum jusqu'à l'angle hépatique des côlons. La partie de ce dernier point d'image radiologique obtenue est en tous points semblable à celle obtenue par la méthode des repas opaques. La cavité cœcale fortement diminuée de volume prend l'aspect d'un canal tortueux et irrégulier.

Diagnostic : Néoplasme étendu occupant toute la région cœco-ascendante.

Conclusions

I. — Le cancer du cœcum à sa période de début ne se manifeste habituellement que par les symptômes fonctionnels.

II. — Leur apparition, chez un sujet ayant dépassé la quarantaine doit faire penser à un néoplasme intestinal.

III. — Apparition d'une tumeur facilement palpable est un signe en général plus tardif mais très précieux : en effet, cela signifie soit l'importance des réactions inflammatoires surajoutées, soit l'état avancé du cancer.

IV. — La fixité de la tumeur n'est pas nécessairement d'origine néoplasique : ce sont souvent les adhérences inflammatoires qui interviennent.

V. — Penser à un abcès inflammatoire surajouté en cas d'une tumeur volumineuse et fixe. Dans ce cas, il y a parfois une rétrocession à la suite d'une dérivation interne.

VI. — Il faut se rappeler que souvent le cancer au début revêt le masque de l'appendicite aigue ou chronique et que, dans certains cas, son existence ne fut reconnue qu'au cours d'intervention sur l'appendice.

VII. — Une notion d'une importance opératoire majeure est celle que le cancer du cœcum reste longtemps local et que l'envahissement ganglionnaire n'est que très tardif. (BILTON, POLLARD).

VIII. — L'évolution du cancer du cœcum est, en général remarquablement longue.

IX. — Les complications sont la cause habituelle de la mort des cancéreux du cœcum.

X. — Intervenir au cours de la première accalmie entre les crises d'occlusion chronique pour empêcher une occlusion aiguë de se déclancher.

XI. — Il y a un grand intérêt de poser précocement le diagnostic du cancer du cœcum pour que l'intervention soit efficace. C'est pour cela, d'ailleurs, que nous avons insisté tellement sur la symptomatologie du début.

XII. — Dans les cas précoces, la clinique ne fournit des renseignements décisifs que pour 48 % des cas, la radiologie dans 91 %. (RENAUDER).

Bibliographie

- BENSAUDE, GUÉNAUX, CONSTANTIN. — Radio-diagnostic du cancer du gros intestin. (*Arch. Mal. App. Dig.*, Septembre 1916).
- BROCHER. — Invagination iléo-cœcale par cancer. (*Rev. Méd. de la Suisse Rom.* 48 : 50-53, Janvier 1928).
- BROCQ et GUEULLETTE. — L'invagination intestinale de l'adulte, formes cliniques et radiologiques. (*Journ. de Chir.* 28 : 369, 397, Octobre 1926).
- BUTLER D'ORMOND. — Cancer du rectum et cancer du cœcum. (*Rapp. Pauchet dans Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 16 mai 1930).
- CARNOT et DUMONT. — Le cancer de la valvule iléo-cœcale. (*Paris Méd.*, Nr. 8 : 187-192, 25 janvier 1913).
- CAZES. — Le traitement de choix des cancers adhérents du cœcum. (*Thèse Montpellier*, 1906).
- CLÉRICI. — Le cancer de la valvule iléo-cœcale. (*Gaz. de Osp.* 51 : 589-1930).
- GRAIG et MAC CARTY. — Envahissement des ganglions lymphatiques ds le canc. du cœcum. (*Ann. of surg.* 77 : 698-710, Juin 1923).
- GUGNIER. — Cancer de la valvule iléo-cœcale. (*Thèse de Paris*, 1917).
- DESMAREST. — Cancer du cœcum. (*Thèse de Paris*, 1903).
- DUVERGEY. — Cancer du cœcum. (*Gaz. Hebd. Sciences Méd. de Bordeaux*, 31 janvier 1910).
- ESTOR et HÉRAN. — Cancer sténosant du côlon ascendant. (*Bull. Soc. Sciences Méd. et Biol. Montpellier* 11 : 431-438, 1930).
- FABRE A. — L'appendicite à forme néoplasique. (*Thèse de Paris*, 1898, Nr. 557).

FEISSLY. — Sténose partielle du grêle par cancer de la valvule de Bauhin. (*Arch. Mal. App. Dig.* 17 : 64-67, Janvier 1927).

GOSSET (Jean). — Cancer du côlon droit. (Paris 1933).

HARTMANN (H.) et RENAUD. — Cancer et tuberculose du cœcum. (*Bull. As-Franc. pour étude du cancer.* 10 : 297 : 303. 1921).

JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin. (*Thèse de Lyon*, 1906-1907, Nr. 148).

MATHIEU. — Sur les formes de début du cancer intest. (*Journal des Praticiens*, 11 octobre 1923).

PAUCHET. — Cancer du cœcum (Hémi-colectomie dr. *La Pratique Chir. Illustrée*, fasc. IV, p. 141-164. Doin, édit., Paris 1926).

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
our, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

Etude Clinique et Diagnostie
du Cancer du Cœcum.

par M. GOMULINSKI Alexandre

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 10 Février 1937.

Le Professeur,
VIRES.

Vu :

Montpellier, le 10 février 1937.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 février 1937.

Le Recteur,
TAILLART.

